

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DESCENDANCE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX
LES ENFANTS BIEN DOUÉS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 19 février 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Frédéric-Louis-Joseph-Marie RAMÉE

INTERNE DES ASILES DE MARÉVILLE

Né le 2 décembre 1906, à Brest (Finistère).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. SPILLMANN, professeur	Président
		SANTENOISE, professeur	Juges.
		VERMELIN, agrégé	
		HAMEL, docteur	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place-Saint-Christoly

1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DESCENDANCE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX
LES ENFANTS BIEN DOUÉS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 19 février 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Frédéric-Louis-Joseph-Marie RAMÉE

INTERNE DES ASILES DE MARÉVILLE

Né le 2 décembre 1906, à Brest (Finistère).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. SPILLMANN, professeur	} <i>Président</i>	
		SANTENOISE, professeur		
		VERMELIN, agrégé		} <i>Juges.</i>
		HAMEL, docteur		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I ☼.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I ☼ ;

WEISS, O *, I ☼ ; BOUIN, O *, I ☼ ;

ANCEL, *, I ☼ ; GARNIER, *, I ☼ ; MACÉ, *, I ☼ ; P. PARISOT, O *, I ☼.

Professeurs :

Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, O *, I ☼.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, O *, I ☼.
Physique.....	M. DUFOUR, *, I ☼.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, O *, I ☼.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. FROELICH, *, I ☼.
Physiologie.....	M. M. LAMBERT, *, I ☼.
Clinique obstétricale et Accouchements..	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I ☼.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I ☼.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *, I ☼.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I ☼.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, *, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I ☼.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I ☼.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I ☼.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, *, I ☼.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, O *, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, I ☼.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, A ☼.
Hydrologie.....	M. SANTENOISE, *, A ☼, I ☼.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, *, I ☼.
Bactériologie.....	M. DE LAVERGNE, *, I ☼.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, I ☼.

Chargés de cours complémentaires :

Enseignement social de la tuberculose (1).	M. J. PARISOT, O *, I ☼, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. M. PERRIN, *, I ☼, professeur.
Pharmacologie.....	M. M. PERRIN, *, I ☼, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. P. SIMONIN, A ☼, agrégé.
Pathologie générale.....	M. P. SIMONIN, A ☼, agrégé.
Clinique gynécologique et Pathologie externe.....	M. A. BINET, *, I ☼, agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	M. GUILLEMIN, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, *, I ☼, professeur.
Cours d'embryologie et d'histologie.....	M. WATRIN, *, I ☼, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. M. BARTHÉLEMY, *, I ☼, agrégé.
Electrothérapie et Radiologie.....	M. G. LAMY, *, I ☼, agrégé.
Accouchements (Cours théorique).....	M. JOB, *, I ☼, agrégé libre.
Obstétrique.....	M. VERMELIN, *, A ☼, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. DROUET, A ☼, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. MUTEL, *, I ☼, agrégé.
Pathologie interne.....	M. ABEL, *, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique.....	M. L. MERKLEN, A ☼, docteur.
Clinique neurologique.....	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. BARTHÉLEMY, *, I ☼.
LAMY, *, I ☼.
MUTEL, *, I ☼.
WATRIN, *, I ☼.
VERMELIN, *, A ☼.

MM. GUILLEMIN, A ☼.
ABEL, *, A ☼.
DROUET, A ☼.
SIMONIN, A ☼.
BINET, *, I ☼.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I ☼ ; S. REMY, I ☼ ; BUSQUET, I ☼ ;
L. JOB, *, I ☼ ; M. FAIRISSE, I ☼ ;
M. E. TRIBOLET, I ☼, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MA FEMME

En témoignage de ma tendresse.

A MON PERE

A MA MERE

A MA BELLE-MERE

A MON BEAU-PERE,

LE DOCTEUR L. SOULARD

Chevalier de la Légion d'honneur,

Que j'unis tous les quatre
dans une même affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

*Professeur de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
Doyen de la Faculté de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,*

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTENOISE

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur d'Hydrologie et de Climatologie,
Inspecteur général des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur,
Médecin des Asiles.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VERMELIN

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Chargé de cours d'obstétrique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMEL

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Chargé du cours de la Clinique des maladies mentales,
Médecin des Asiles.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DE L'ASILE DE MAREVILLE

*« Quel jeu plus excitant que celui-là ?
» Choisir dans les torrents d'hérités qui en nous se
rejoignent ; tenir un compte exact de nos tares et de nos
dons. »*

F. MAURIAC.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, qui lui doit tant, nous voulons dire à M. le Docteur AUBRY tout notre respectueux attachement. Pendant trois années, nous avons été interne dans son service. Pendant trois années, il s'est efforcé de nous faire profiter de sa science et de son expérience. Il a guidé nos premiers pas dans les asiles et nous a appris non seulement à connaître, mais encore à aimer « nos malades » Qu'il en soit particulièrement remercié.

Nous remercions M. le Professeur SPILLMANN de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous sommes très touché de cette nouvelle marque de bienveillance qui vient s'ajouter à celles, nombreuses, qu'il nous donna dans le cours de nos années d'étude.

M. le Professeur SANTENOISE, après nous avoir accueilli avec bienveillance dans son laboratoire, veut bien aujourd'hui être notre juge; nous lui en sommes très reconnaissant.

Que M. le Professeur agrégé VERMELIN nous permette d'évoquer à cette place le souvenir du dévouement de tous les instants qu'il manifesta aux miens dans des circonstances douloureuses, et de lui dire notre reconnaissance.

Il nous est bien agréable de dire notre gratitude à M. le Docteur HAMEL, qui, avec dévouement, ne ménageant ni son temps ni sa peine, travaille, tant à la Faculté qu'à Maréville, à notre formation psychiatrique, théorique et clinique :

M. le Docteur MEIGNANT, médecin-chef des Asiles, médecin neurologue de l'Hospice J.-B. Thierry, ne nous ménagea pas ses conseils avisés. Nous n'oublions ni son aide, ni la façon charmante dont il nous la donna.

Enfin, nous assurons de nos sentiments amicaux tous nos collègues de l'Internat de Maréville, dont quelques-uns sont devenus des amis très chers.

INTRODUCTION

Lorsqu'on questionne les familles des paralytiques généraux, on entend parfois dire que l'un des enfants a présenté une grande précocité intellectuelle ou réussit brillamment dans ses études.

Cette remarque a été faite fréquemment par les syphiligraphes et les psychiatres, mais, à notre connaissance, elle n'a donné lieu jusqu'à ce jour, à aucune vérification, ni à aucune étude d'ensemble.

Les différents auteurs qui ont étudié la descendance des P. G. (1) ont en effet le plus souvent laissé de côté, après s'être contentés de la mentionner, cette catégorie des « bien-doués » en apparence non pathologiques.

Il nous a paru intéressant de diriger nos recherches vers ces enfants, dans le but de vérifier cette précocité et cette « surnormalité », et d'apporter ainsi notre modeste contribution à l'étude de quelques éléments nouveaux de la famille du P.G.

Dans un premier chapitre, nous ferons, d'après les nombreux travaux qui ont étudié cette question, un tableau général de la descendance des P. G., afin d'attribuer aux « bien doués » la place qui leur revient.

(1) Pour simplifier, nous utiliserons l'abréviation P. G. pour désigner la Paralyse générale ou les Paralytiques généraux.

Ensuite, nous donnerons un bref aperçu de l'évolution des idées sur la précocité mentale dans ses rapports avec la dégénérescence et avec l'hérédo-syphilis.

Dans le second chapitre, nous apporterons des observations d'enfants de paralytiques généraux qui méritent le qualificatif de « bien doués ».

Un troisième chapitre comportera un essai d'interprétation de nos observations.

Enfin, les conclusions nous permettront de poser quelques indications prophylactiques et thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les premiers travaux sur la descendance des P.G. sont la thèse de BÉCHET, en 1897, puis celle de WAHL, en 1898, qui établit l'existence d'une hérédité pathologique chez les enfants de P. G.

En 1904 paraissent les thèses de RICARD, à Paris, puis celle de SEMPER, à Lyon, tandis qu'à Nancy, SPILLMANN et PERRIN publient une étude d'ensemble sur la descendance des tabétiques et des P.G. Déjà, nous voyons une tendance se dessiner, et les études suivantes intéresseront particulièrement les rapports entre la P. G. des parents et les psychopathies des descendants.

En 1910, A. MARIE et BEAUSSARD, sur 142 cas où les antécédents ont été établis, trouvent dans 18 cas de paralysie générale une hérédité analogue ou similaire.

En 1912, GONZALO R. LAFOSSE signale un cas de paralysie générale héréditaire chez un sujet dont le père et la mère sont morts P. G.

En 1917 paraît la thèse de SANGUINETTI, qui considère des cas différents suivant la forme clinique de la P. G. chez l'ascendant.

En 1926, WIDLOCHER étudie les formes cliniques de l'hérédo-syphilis chez les descendants de P. G. et adopte la classification de SANGUINETTI.

Pour ces auteurs, une syphilis à forme latente chez l'ascendant ne se transmettrait pas aux descendants, tandis que la syphilis à forme floride se transmettrait à la femme et aux enfants.

De 1926 à 1930, on peut relever, dans les revues de neurologie, de psychiatrie, de nombreuses observations de psychopathies chez les descendants des P.G.

D'ailleurs, en 1929, la question de l'hérédo-syphilis faisait l'objet d'un rapport de HAMEL et LOPEZ ALBO et de nombreuses communications au Congrès international de neurologie et de psychiatrie de Barcelone.

En 1930, DROUET et HAMEL reprennent la question d'une façon plus détaillée dans leur livre *L'hérédo-syphilis mentale*.

De l'ensemble de ces travaux, il ressort que, ainsi que concluaient VERMEYLEN et DESCAMPS : « Dans tous les cas d'hérédo-syphilis certaine, l'enfant est, ou sera, atteint au point de vue neuro-psychiatrique ».

Avec ces deux auteurs, il faut considérer dans les stigmates mentaux d'hérédo-syphilis :

- 1° des symptômes mentaux congénitaux;
- 2° des symptômes mentaux tardifs.

Les premiers seuls nous retiendront, parce que dominant toute la pathologie mentale infantile.

Ils se présentent sous deux aspects principaux :

1° l'oligophrénie, englobant tous les états d'insuffisance intellectuelle depuis l'idiotie jusqu'à la débilité mentale légère;

2° les troubles du caractère, qui peuvent revêtir tous les aspects connus, mais particulièrement le type de

l'hypomanie de l'adulte, « qui n'est pas sans une certaine analogie avec le syndrome mental atténué des P.G. au début » (VERMEYLEN et DESCAMPS).

Si donc nous voulons faire un tableau général des troubles psychopathiques dans la descendance des paralytiques généraux, il nous faut considérer :

1° des symptômes mentaux tardifs les plus variés, et particulièrement du type démence précoce et paralysie générale;

2° des symptômes mentaux congénitaux que, avec HAMEL et DROUET, nous pourrions classer en :

- a) Débilité mentale;
- b) Instabilité mentale;
- c) Perversion;
- d) Dysendocriniens;
- e) Epilepsie;
- f) Enfants surnormaux.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est seulement à l'étude des surnormaux ou plus exactement des bien doués que nous allons nous limiter dans les pages qui vont suivre.

Considérer qu'il existe un rapport possible de cause à effet entre la P. G. les parents et la précocité des enfants, c'est aborder à nouveau la question des rapports entre le corps et l'esprit, entre la dégénérescence et l'intelligence.

Nous ne pensons pas qu'il soit inutile de rappeler assez brièvement les diverses phases par lesquelles a évolué cette idée.

PLATON, déjà, voyait dans l'âme l'instrument du corps et établissait, de ce fait, un lien très étroit entre le phy-

sique (particulièrement le système nerveux) et les facultés intellectuelles.

ARISTOTE n'admet pas la possibilité d'une maladie mentale dans un corps sain; et les stoïciens croient à une « hérédité morale ». C'est d'ailleurs au même ARISTOTE qu'est attribué le « Nullum magnum ingenium fuit sine mixtura dementiæ », que l'on pourrait mettre en tête de tout travail sur les rapports entre le génie et la folie.

Mais c'est seulement plusieurs siècles après que nous verrons apparaître des théories nettement exprimées sur la dégénérescence et, parallèlement, sur les origines pathologiques possibles du génie.

En 1614, FÉLIX PLATER publie des observations de « génies partiels » chez qui il signale la dégénérescence.

En 1625, SAMUEL FUCHSIUS met en évidence des stigmates de dégénérescence dans des portraits d'hommes éminents ou de génie. Et partout nous retrouvons la même pensée : chacun, d'une façon plus ou moins heureuse, s'efforce de poser l'égalité :

Génie = dégénérescence (quand ce n'est pas folie).

Cette pensée paradoxale devait tenter les esprits curieux : médecins, artistes, littérateurs, vont entrer en lice.

DIDEROT parle du « dérangement périodique de la machine » chez les hommes de génie et n'entrevoit pour eux que deux solutions : « On les enferme et on les enchaîne, ou on leur élève des statues ».

CABANIS voit dans « l'inspiration » un « délire incomplet ».

FODÉRÉ étudie les « dispositions particulières de naître

poète... toujours plus voisines de la singularité, de l'irrégularité des mœurs, de l'exaltation, de la folie... »

Déjà Jules VOISIN s'attache aux enfants extraordinaires et aux « génialités partielles », et MOREL, en même temps qu'il donne des bases scientifiques solides à la doctrine de la dégénérescence, insiste sur les rapports du génie et de la folie. Dans ses études cliniques, il apporte à l'appui de sa thèse plusieurs observations de grands hommes. Il signale chez certains dégénérés « certaines aptitudes intellectuelles remarquables ». Il reste toutefois très prudent dans ses affirmations.

Avec MOREAU (de Tours), nous n'aurons plus la même retenue, et, en 1859, nous trouvons en tête de son ouvrage :

« Les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité des pensées et des conceptions, par son excentricité ou l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles mentaux dont la folie et l'idiotie sont l'expression la plus complète. »

Dans la même œuvre, nous trouvons une tentative d'explication pathogénique : « Si l'on cherche à se rendre compte de la nature de l'état organique particulier auquel on donne le nom de prédisposition héréditaire, on voit que cette idée en contient implicitement une autre, celle d'une surexcitation, d'un accroissement de vitalité, dans le système d'organes chargés des manifestations nerveuses ».

FALRET exprime la même pensée d'une façon aussi

nette : « Les prédisposés, de leur naissance à leur mort, sont plus cérébraux que les autres. »

Et nous arrivons à MAGNAN, qui, avec la thèse de LEGRAIN, individualise nettement la classe des dégénérés supérieurs qui, dit-il, « peuvent jouir de brillantes qualités intellectuelles ».

Enfin, LOMBROSO examine successivement la physiologie, la pathologie et l'étiologie du génie. Nous arrivons à la théorie du Génie-Psychose dégénérative. Ses conclusions sont basées sur les trois points suivants :

- 1° Présence de stigmates de dégénérescence chez les hommes de génie;
- 2° Les hommes de génie sont souvent sujets à la stérilité;
- 3° Beaucoup d'hommes de génie ont des parents aliénés.

Les idées de LOMBROSO ont un grand succès en Angleterre et aussi en France, où MAX NORDEAU publie : *Dégénérescence*, étudiant avec méthode un certain nombre de génies reconnus.

Une réaction ne tarde pas à se faire sentir, et MAX NORDEAU lui-même fait marche arrière.

Enfin, vers 1900, DEL GRECO et BRUGIA semblent vouloir adopter une position intermédiaire entre LOMBROSO et ses détracteurs (ALBERT REGNARD et RABAUD).

Là s'arrête l'histoire des rapports entre la dégénérescence et le génie. La dégénérescence sera beaucoup moins invoquée à partir du moment où MAIRET et ARDIN DELTEIL montrent, dans *Hérédité et prédisposition*, que l'on range sous la même étiquette trop d'hérédités dissimilaires.

On ne parlera plus de dégénérescence, mais d'hérédo-alcoolisme, d'hérédo-tuberculose, d'hérédo-syphilis ou d'hérédité névropathique.

Cependant, en 1916, Léon DARBET publie son *Hérédo*, où il étudie une hérédité à peu près uniquement mentale, mais où il reconnaît toutefois que « le spirille est capable d'altérer le Moi, d'amplifier ou d'activer en Lui tel ou tel élément héréditaire, de modifier l'Être, en un mot ». Et plus tard, dans *Devant la douleur*, il précise cette pensée de la façon suivante en soulignant que le tréponème est « aussi bien le fouet du génie et du talent, de l'héroïsme et de l'esprit, que celui de la paralysie générale et du tabes, et de presque toutes les dégénérescences ».

La question des hérédités a préoccupé et préoccupe encore un grand nombre d'auteurs littéraires dont l'énumération n'est pas possible, et qui font intervenir l'hérédité comme une personnage invisible mais présent, tantôt ange gardien, tantôt démon.

Mais, à l'heure actuelle, il existe des cadres bien définis, des différences bien tranchées entre les diverses hérédités; l'hérédité syphilitique, en particulier, a été abondamment étudiée sur plusieurs générations. Des stigmates physiques ont été définis. Des stigmates mentaux et des troubles du caractère sont rattachés directement à l'hérédo-syphilis; l'enfant hérédo-syphilitique est devenu un type clinique dont il est possible d'établir le portrait physique et mental.

Nous ne reviendrons pas sur l'énumération de ces stigmates physiques et mentaux, étant donné que nous devons les signaler dans le cours de nos observations

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Ce chapitre comprend deux parties :

- 1° Un exposé de la façon dont nous avons procédé dans notre examen des enfants;
- 2° Un exposé des observations que nous avons pu recueillir.

Avec M. le Docteur AUBRY, nous avons fait un examen systématique de la descendance de tous les P.G. de son service à Maréville. Cette recherche s'étendant à plus de 60 P.G. ayant des enfants, nous a donné à choisir dans un groupe de 150 enfants environ.

Notre choix a été guidé par les renseignements donnés par les familles, et chaque fois qu'un enfant retenait notre attention, nous avons demandé et obtenu des renseignements complémentaires avec des précisions sur son développement intellectuel et son histoire scolaire.

Nous avons alors examiné les enfants qui s'avéraient bien doués ou précoces et, chaque fois que leur âge le permettait, nous avons complété notre examen physique

et mental par un examen au moyen des tests de Vermeulen.

Afin que nos résultats ne soient pas faussés par des méthodes d'éducation différentes, nous avons voulu compléter notre étude par un aperçu sur le milieu familial. Nous avons pu retenir les observations de 8 enfants, soit environ 5,3 pour 100, nombre supérieur aux statistiques habituelles de bien doués.

Toutes nos observations, conçues sur le même type, comprendront donc :

I. *Antécédents familiaux :*

- 1° Héritéité;
- 2° Milieu;

II. *Antécédents personnels :*

- 1° Développement physique;
- 2° Développement intellectuel;

III. *Etat actuel :*

- 1° Etat physique;
- 2° Examen de l'intelligence (tests);
- 3° Résultats scolaires;
- 4° Caractère.

IV. *Conclusions.*

Quant aux quelques observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale, nous les publierons telles que nous les avons trouvées et sans changer la forme qui leur a été donnée par leur auteur.

OBSERVATION I

D..., 12 ans.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° *Hérédité* :

Père : Instruction primaire.

Contamination ignorée.

Premiers symptômes par douleurs fulgurantes en 1921.

Entre à l'asile en 1923 : P. G. à forme tabétique.

Mère : Institutrice.

Wassermann négatif.

En 1920 : une fillette née avec du pemphigus, meurt athrepsique.

En 1921 : un garçon, que nous allons étudier.

2° *Milieu* :

Issu de deux familles campagnardes. Parents d'intelligence moyenne. Mère institutrice, ne s'est pas beaucoup occupée de lui et ne l'a jamais poussé au point de vue scolaire.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° *Développement physique* :

Né en 1921. Grossesse et accouchement normaux.

Pesait 9 livres et paraissait 15 jours au moins.

Nourri au sein, croissance rapide; petite enfance normale dans de bonnes conditions, ni convulsions, ni phénomènes nerveux.

Végétations précoces opérées vers 2 ans 1/2, et, vers 6 ans, amygdaléctomie. S'est ensuite bien développé très normalement.

2° *Développement intellectuel* :

Marche vers 13 mois.

Propreté très tôt.

Parole très précoce, vers 18 mois parlait bien, exprimant nettement sa pensée par de petites phrases correctes.

De très bonne heure, attire l'attention par des observations

judicieuses, par son raisonnement, sa curiosité et sa facilité d'assimilation.

A 5 ans, à l'école maternelle, apprend à lire tout seul, sans être aidé par sa mère qui ne l'y pousse pas.

Dès le début, et pendant toute sa petite enfance, il est tête de classe bien que bavard et très remuant.

Réussit dans toutes les matières, mais plus brillamment en sciences.

Doué pour la musique : sens du rythme et du ton.

Moins bien doué pour le travail manuel.

A toujours eu de bonnes notes et beaucoup de prix, bien qu'étant avec des enfants de un à deux ans plus âgés.

Pendant l'année scolaire 1931-1932 (D... a 11 ans), il se trouve dans le cours du certificat d'études. Il suivait bien la classe, mais a eu de moins bons résultats.

En 1932-1933, redouble sa classe : 1^{er} du classement général.

III. ETAT ACTUEL.

1^o Etat physique :

D... est un garçon bien constitué, de taille normale et ne présentant pas de stigmates de dégénérescence, sauf un front haut et des bosses frontales légèrement saillantes.

B.-W. négatif.

2^o Examen de l'intelligence :

Nous avons soumis D... aux tests de Vermeylen.

L'enfant se présente correctement et s'intéresse aux épreuves, son attention est bonne. Il est rapidement adapté et, à aucun moment, ne manifeste d'impatience ou de mauvaise humeur. Il répond calmement, sans être ému.

Il obtient le maximum pour tous les tests de raisonnement et de jugement. Sa mémoire répond à celle des enfants de son âge.

Les tests d'imagination sont faits, non seulement correctement, mais enrichis de détails et de remarques très justes.

Les tests d'attention sont un peu inférieurs.

En résumé, l'enfant se montre objectif, méthodique et très judicieux, faisant à diverses reprises des remarques qui dénotent un esprit ouvert et observateur.

3° *Résultats scolaires :*

Nous les avons déjà signalés, toutefois nous noterons :
Une avance de un à deux ans sur l'âge scolaire moyen;
Des dispositions très marquées pour les sciences;
Une très grande facilité de travail.

4° *Caractère :*

D... est fils unique. Il a été élevé par une mère très attentive, cependant il ne présente ni importants troubles du caractère, ni travers; il ne se comporte pas comme un enfant gâté.

Il est très affectueux, très tendre avec sa mère; très sensible aux réprimandes et désireux de se perfectionner.

Plus attentif et plus sérieux que les enfants de son âge, il pense beaucoup à l'avenir et s'intéresse à la situation pécuniaire de sa mère.

En dehors de chez lui, en classe, il est bavard, instable, toujours en mouvement, souvent puni.

Avec ses camarades, autoritaire et parfois batailleur, mais gai et sans méchanceté.

Autrefois, a été irritable et très coléreux et a présenté des troubles du sommeil. Troubles tous entièrement disparus aujourd'hui.

IV. CONCLUSION.

D... est un enfant qui, étant donné ses antécédents, est certainement hérédosyphilitique, mais il semble que, chez lui, les troubles sont réduits au minimum. Il a été conçu peu de temps avant l'éclosion de la P.G. paternelle.

Il est harmonique et ne présente pas de troubles du caractère.

D'autre part, l'avance prise au départ semble s'atténuer petit à petit, l'enfant restant toutefois un bon sujet, tête de classe parmi les élèves de son âge.

OBSERVATION II

U..., 10 ans.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° *Hérédité* :

Père : Contamination syphilitique vers 1920.

Plusieurs fois traité, mais incomplètement et sans contrôles biologiques.

En 1932 : P. G. à forme somatique.

Mère : Réaction B. W. négative à deux reprises.

Ni mort-né, ni fausse couche.

Un seul enfant.

2° *Milieu* :

Les parents tenaient un café, et, à aucun moment, ils ne se sont occupés de l'éducation de l'enfant.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° *Développement physique* :

U..., né en mai 1923 au huitième mois, pesait 2 kg. 5 à la naissance. A été élevé très aisément.

Pas de convulsions, mais varicelle et rougeole.

2° *Développement intellectuel* :

Marche vers 12 mois.

Parole : prononcé les premiers mots très tôt et correctement.

Sa mère nous dit : « Il marchait à peine qu'il étonnait son entourage par ses réflexions. »

Lecture vers 4 ans.

Dès ses débuts scolaires, il manifeste un esprit éveillé et curieux et se classe dans les premiers.

Il maintient son avance sur les autres enfants jusqu'à l'âge de 10 ans, puisque déjà dans le cours du certificat d'études seul son âge empêche de le présenter.

Dispositions particulières pour l'arithmétique.

Grande facilité d'apprendre; ne fait pas d'efforts.

III. ETAT ACTUEL.

1° *Etat physique :*

U... est un petit garçon chétif. Il pèse 27 kilos.

Sa physionomie est très mobile (éveillée, expressive, mais frippée et vieillotte).

Il présente de gros stigmates d'hérédo-syphilis.

Craniennes : Sutures et bosses frontales saillantes.

Dentaires : Dents crénelées et irrégulières.

Deux B.-W. successifs dans le sang ont été *négatifs*.

Très nerveux, sommeil très irrégulier et troublé.

2° *Examen de l'intelligence :*

Nous avons examiné cet enfant par les tests de Vermeylen et nous avons obtenu un total de 140, ce qui le situe entre 11 et 12 ans.

Il est à remarquer que les tests de jugement et de raisonnement furent faits très rapidement et avec la plus grande facilité.

Les tests d'attention, de mémoire et d'imagination furent corrects et légèrement au-dessus de son âge.

3° *Résultats scolaires :*

U... est en classe avec des enfants de deux ans plus âgés et il réussit brillamment, bien que bavard et assez inattentif en classe.

Il est le meilleur en arithmétique, mais se montre un peu plus faible en français et surtout en orthographe (mots d'usage). Il se signale en classe par la vivacité de son esprit et sa facilité à apprendre.

4° *Caractère :*

U... est enfant unique, mais a été très peu suivi par ses parents. Il est très joueur, mais ayant tendance à la bouderie.

Très nerveux et coléreux.

Caractère pratique, sérieux, préoccupé de l'avenir : veut être coureur cycliste, mais raisonne : métier facile (possibilité de gagner de l'argent et ensuite de vivre facilement à ne rien faire).

Affectueux avec sa mère, mais quelques tendances perverses : masturbation précoce, menus vols...

Avec nous, qu'il ne connaissait pas, se montre très à l'aise, réfléchi, curieux, s'adaptant très bien, répondant bien aux questions et n'hésitant pas à exprimer avec aisance les réflexions qui lui viennent à l'esprit.

IV. CONCLUSION.

Il s'agit donc d'un enfant qui a été conçu deux ou trois ans après la contamination syphilitique du père et qui s'avère un hérédo certain.

Depuis sa naissance, a toujours manifesté une précocité indiscutable qui se chiffre actuellement par une avance intellectuelle et scolaire de deux ans environ.

OBSERVATION III

C., 6 ans.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° Hérité :

Père : Soldat de métier. Paludéen.

Aucune notion de la contamination syphilitique.

Entre à l'asile en 1931 : P. G. avec excitation.

Mère : N'a pas fait de fausse couche.

Pas d'enfant mort-né.

Une fille née en 1927.

Réaction de B.-W. négative.

2° Milieu :

Père adjudant de carrière. Mère très attentive, mais qui n'a pas beaucoup pu s'occuper du développement intellectuel de son enfant.

Gens simples et modestes.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° Développement physique :

C..., née à terme, 4 kg. 500. Grossesse et accouchement normaux.

Première année normale, mais sevrage difficile, puis bronchite, végétations et cypho-scoliose.

2° Développement intellectuel :

Marche : 15 mois.

Propreté : très tôt.

Langage très avancé. Vers 1 an, prononce très correctement; vers 18 mois, parle bien.

De très bonne heure, elle se signale par des remarques qui dénotent une attention et un raisonnement peu courants à son âge. Mémoire excellente, se souvient de petits événements anciens et qu'elle évoque très exactement.

Adresse manuelle : sait bien coudre et reproduire des dessins.

III. ETAT ACTUEL.

1° Etat physique :

C... est une petite fille chétive; sa cyphose lui donne une apparence de petite vieille ramassée sur elle-même.

Le thorax est plat et peu développé. A la suite d'un traitement spécifique, l'état physique s'est beaucoup amélioré.

Depuis environ deux ans, manifestations comitiales frustes sous forme de peurs subites et de vertiges avec mouvements des yeux.

2° Examen de l'intelligence :

Cet examen n'a pas été possible parce que l'enfant, très intimidée, se tenait les yeux baissés et n'osait pas répondre. Cependant, lorsqu'elle ne se sentait plus observée, son attitude était toute différente, et elle reprenait avec sa mère son attitude habituelle de petite fille très éveillée.

La pratique des tests fut impossible, l'enfant étant très têtue et ayant refusé de prononcer un mot.

3° *Résultats scolaires :*

L'enfant est très sage en classe, très attentive, se plaignant toujours que sa maîtresse ne l'a fait pas assez travailler. Les résultats sont bons et son développement, qui a été retardé par son mauvais état de santé, semble devoir être assez rapide.

4° *Caractère :*

Petite fille timide, très capricieuse, boudeuse et entêtée, parfois très nerveuse.

IV. CONCLUSION.

Enfant à l'intelligence vive, dont le jugement, le raisonnement et la mémoire sont très développés, bien que les acquisitions scolaires soient peu importantes à cause de son état physique.

Un point est inquiétant : cette enfant, avec ses vertiges, ses accidents syncopaux avec angoisse et ses troubles du caractère, présente plusieurs éléments de la constitution épileptoïde. Pronostic très réservé.

OBSERVATION IV

A..., 13 ans.

I. — ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° *Hérédité :*

Père : P. G. stabilisée avec gros déficit intellectuel.

Première manifestation en juin 1923 par ictus.

Pas notion de la contamination.

Mère : Absolument saine. B.-W. négatif.

2° *Milieu :*

Le père était employé dans une administration.

La mère est intelligente et s'est beaucoup occupée de son enfant, mais ne l'a pas poussé.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° Développement physique.

Né en 1920.

La grossesse et l'accouchement ont été normaux.

Enfance sans incidents. Ni convulsions ni phénomènes nerveux. Se développe bien jusqu'à l'âge de 5 ans, puis présente de petits accidents comitiaux : perte de connaissance avec mouvements de la face.

Depuis, subit un traitement spécifique régulier qui a fait cesser les accidents vers l'âge de 10 ans.

2° Développement intellectuel :

Son développement a été assez précoce. Marche, 12 mois; parole, 9 à 10 mois; propreté, plus tôt que normalement.

Il apprend à lire rapidement vers 5 ans, et ses débuts scolaires sont très brillants dans les basses classes.

Il montre une grande facilité pour apprendre et retient très bien les remarques faites en classe et les leçons qu'il étudie en se jouant. Il n'éprouve aucune difficulté à remporter régulièrement les premières places.

A la suite d'une fatigue consécutive à une angine, doit interrompre ses classes pendant deux mois. A partir de ce moment, se néglige un peu, ne fait pas d'efforts pour rattraper le temps perdu.

III. ETAT ACTUEL.

1° Etat physique :

A... est un gros garçon bien constitué, qui ne présente aucun retard sur les enfants de son âge.

Nous ne relevons aucun stigmate dégénératif.

B.-W. négatif.

2° Examen de l'intelligence :

A... se trouve nettement au-dessus de la limite supérieure des tests. Aussi avons-nous dû nous contenter d'un examen sommaire, et tenir compte des renseignements qui nous sont donnés par sa mère sur son comportement habituel.

A... se conduit dans la vie comme un garçon bien équi-

libré. Sa mère, qui a élevé un fils plus âgé, le considère comme normal. Dans l'interrogatoire que nous lui faisons subir, il répond d'une façon tout à fait correcte en montrant un jugement et une faculté de raisonnement actifs.

3° *Résultats scolaires :*

A... a 13 ans $1/2$; il est en quatrième de l'enseignement secondaire. Il a redoublé sa classe l'an dernier à cause de l'incident que nous avons signalé. Il reste bon élève, très bien placé, toujours dans les premiers, mais il a perdu l'avance acquise dans les basses classes.

4° *Caractère :*

Aucun trouble du caractère.

IV. CONCLUSION.

A..., né trois ans avant les manifestations de la P.G. du père, a été atteint d'accidents épileptiques. Il ne présente plus actuellement de stigmates physiques ou mentaux de syphilis. On peut noter seulement une précocité et un développement intellectuel rapide, puis un fléchissement vers 12 ans, qui le ramène au niveau scolaire des enfants de son âge.

OBSERVATION V

F... (G.), 14 ans.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° *Hérédité :*

Père : P.G.P. à ictus.

Début en 1920 par troubles du caractère et ictus.

Pas notion de contamination.

Mère : Bonne santé.

Myopie et astigmatisme très marqués.

Ni avortement, ni fausse couche, ni mort-né.

Deux enfants : G., 14 ans, et L., 12 ans $1/2$.

2° *Milieu* :

Père agent d'assurances. Gros homme assez fruste, est entré à l'asile bien avant d'avoir pu exercer une influence sur ses enfants.

Mère, femme intelligente, mais ayant un métier, n'a pu s'occuper de ses enfants.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° *Développement physique* :

G. F... est née en 1919.

La grossesse, l'accouchement et l'enfance se sont passés sans incidents.

Peu de maladies. Croissance normale. Dès le jeune âge, myopie très marquée.

Règles apparues vers 13 ans 1/2, normales et régulières.

2° *Développement intellectuel*.

Marche vers 14 mois.

Propreté assez tardive, vers 3 ans.

Parole : premiers mots vers 6 mois; dès le début prononce correctement.

Lecture : vers 4 ans commence à épeler sans fautes.

Écriture : très tôt.

En classe : dès le début, elle se montre d'un niveau au-dessus de la moyenne. Esprit vif, elle comprend et retient très facilement et très rapidement, tient la tête de sa classe avec des élèves de 1 à 2 ans plus âgées qu'elle. A toujours réussi dans toutes les matières, particulièrement en arithmétique.

III. ÉTAT ACTUEL.

1° *État physique* :

G. F... est une enfant normalement développée qui a la taille et le poids de son âge.

Sa myopie persiste, mais elle est bien corrigée et reste stationnaire depuis cinq ans.

Pas de stigmates importants d'hérédosyphilis, quelques érosions dentaires, canines atypiques.

B.-W. négatif.

2° *Examen de l'intelligence :*

Ici encore, l'examen par les tests n'est pas possible en raison de l'âge du sujet, mais G. F... nous parle avec aisance et attention comme une véritable femme.

Nous savons d'ailleurs par sa mère qu'elle est très raisonnable, s'associant aux soucis de la famille, faisant des projets, envisageant l'avenir avec beaucoup de bon sens et de sérieux.

3° *Résultats scolaires :*

G. F... a 14 ans et est actuellement en classe du brevet élémentaire, c'est-à-dire qu'elle a un à deux ans d'avance. Elle continue à être parmi les très bonnes élèves, et d'une façon générale réussit brillamment dans les matières qui font appel au raisonnement, en sciences et en mathématiques.

4° *Caractère :*

Pas de troubles importants, toutefois est très autoritaire et susceptible, manifeste parfois des tendances à la colère et à la bouderie.

IV. CONCLUSION.

G. F..., après un développement précoce et rapide, se maintient dans un rang privilégié parmi des camarades plus âgées.

Nous ne notons pas de fléchissement dans son avance. Réussit particulièrement en sciences.

Née un an avant le début de la P.G. du père.

N. B. — L'observation suivante est celle du frère de G., qu'il nous a paru intéressant de donner parallèlement.

En effet, il s'agit, non plus d'un bien-doué, mais d'un enfant qui présente de grosse lacunes voisinant avec des dispositions particulières très brillantes.

OBSERVATION VI

F... (L.), 12 ans 1/2.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Frère de la précédente; nous donnons donc immédiatement son observation personnelle.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° Développement physique.

Né en 1921, c'est-à-dire plus d'un an après la première manifestation de la P.G. du père.

Grossesse normale.

Maladies dans l'enfance : varicelle, rougeole, faux croup.

Amygdalectomie à 3 ans 1/2.

A partir de ce moment, se développe très normalement.

2° Développement intellectuel :

Marche à 22 mois.

Parole à 18 mois.

Propreté vers 8 mois.

Lecture vers 10 ans.

Écriture très tardive.

En classe : très turbulent et inattentif, ne suivant pas la classe, peut-être gêné par une myopie et un astigmatisme très forts.

Très faible en français et orthographe, mémoire bonne.

Par contre, très bon en calcul et arithmétique.

III. ÉTAT ACTUEL.

1° État physique :

Gros garçon, grand et bien bâti, a dépassé sa sœur par la taille. Puberté précoce, poils et organes sexuels très développés. Stigmates d'hérédosyphilis très apparents. Crâne en tour. Front olympien. Dents crénelées. Dents d'Hutchinson. Tubercules de Carabelli.

B.-W. négatif.

2° Examen de l'intelligence :

Nous l'avons soumis aux tests de Vermeyleylen. Il a obtenu le maximum dans presque toutes les épreuves. Il réussit particulièrement bien dans toutes celles qui nécessitent de l'ingéniosité.

Pour le test de problème, il résout avec facilité et de tête tous les problèmes du test et d'autres plus difficiles que nous posons pour lui.

En résumé, L. F... n'est pas retardé dans l'ensemble de ses facultés, mais il a un important retard scolaire en orthographe et en français.

3° Résultats scolaires.

Placé actuellement dans la classe du certificat d'études, il surpasse très nettement pour le calcul tous les autres élèves. Mais son orthographe défectueuse l'empêche de tenter l'examen avec succès.

Dispositions particulières : réussit brillamment en arithmétique, très habile en travail manuel, esprit pratique.

Caractère.

Pas de troubles importants, mais turbulent, instable, avec cependant beaucoup de bon sens et de sens pratique. Est considéré comme très débrouillard.

IV. CONCLUSION.

A l'inverse de sa sœur, L. F... a été très retardé dans ses études. Il manifeste, par contre, les dispositions très brillantes pour les mathématiques et la mécanique.

Avant de publier séparément les observations de E... (D.), 13 ans 1/2, et de sa sœur E... (H.), 9 ans, nous ouvrons une parenthèse.

En effet, entre ces deux enfants, nous devons placer Y., 11 ans. Or, si l'aîné et la dernière sont des enfants

bien doués et paraissant à peu près indemnes, le cadet est un hérédo-syphilitique franc, qui présente de nombreux stigmates physiques :

Bosses frontales très fortes;

Dents crénelées; incisives inférieures mal plantées et atypiques;

Atrophie des masses musculaires sous-scapulaires ;

Absence d'appendice xyphoïde.

D'autre part, son développement intellectuel est très retardé; à 11 ans, il sait à peine lire, il se montre instable, inattentif, très nerveux. Sa mère trouve que son comportement est parfois inquiétant.

OBSERVATION VII

E... (D.), 13 ans 1/2.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

1° *Hérédité* :

Père : A contracté la syphilis pendant la guerre. Soigné très irrégulièrement. Hospitalisé : la première fois en 1918; la deuxième en 1928, après ictus.

Mère : Bonne santé. Ni avortement, ni fausse couche.

2° *Milieu* :

Père et mère sont d'intelligence moyenne. N'ont pas reçu une éducation particulièrement soignée. Le père et la mère, occupés par leur travail, n'ont pas pu pousser leurs enfants dans les études.

II. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° *Développement physique* :

Né en 1920. Grössesse normale. Gros enfant, 9 livres, accouché au forceps. Enfance tout à fait normale.

RAMÉE.

Bronchite à 1 an 1/2. Reste assez délicat, mais se développe bien et sans incident.

2° Développement intellectuel :

Marche vers 1 an.

Propreté vers 6 mois.

Parole très tôt et très correctement.

Lecture correcte vers 5 ans.

Dès le début, il est classé dans les très bons élèves et arrive à obtenir les premières places avec des enfants de un an plus âgés que lui.

III. ETAT ACTUEL.

1° Etat physique :

E... (D.) est tout à fait normalement développé, nous n'avons relevé sur lui aucun stigmate important d'hérédosyphilis.

2° Examen de l'intelligence :

Cet enfant se montre nettement au-dessus du niveau de tests qui vont jusqu'à 12 ans. Mais nous avons longuement causé avec lui et avec sa mère. Il est très sérieux, très réfléchi, se rend compte des difficultés de l'existence et montre beaucoup de bon sens dans sa façon de porter des jugements.

3° Résultats scolaires :

E... (D.) est actuellement en classe avec des enfants de son âge, mais il remporte facilement les premières places, toujours dans les trois premiers.

Il réussit très bien en calcul et en arithmétique. Dans cette branche, il est nettement le plus fort.

4° Caractère

Gentil, affectueux avec sa mère, mais parfois très coléreux. Pas d'autres troubles du caractère.

IV. CONCLUSION.

E... (D.), après un développement précoce, est actuellement un très bon élève parmi les enfants de son âge. Il maintient une petite avance, sans toutefois surclasser nettement ses camarades.

OBSERVATION VIII

E... (H.), 9 ans, sœur du précédent.

I. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Cf. observation VII.

I. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

1° Développement physique :

Née en 1924.

Grossesse et accouchement normaux.

Première enfance facile et sans incidents.

Développement très normal.

2° Développement intellectuel :

Marche avant 1 an.

Propreté vers 6 mois.

Parole très correcte et très précoce.

Ne va pas en classe avant 6 ans, mais apprend très rapidement.

Elle se montre très attentive, très désireuse d'apprendre et très sensible à l'émulation. Veut être la première.

III. ETAT ACTUEL.

1° Etat physique :

H... est une petite fille bien développée, sa taille et son poids correspondent à ceux de son âge.

On peut noter : des bosses frontales saillantes, des irrégularités dentaires.

2° Examen intellectuel :

H. est une enfant vive, qui est intéressée par l'examen qu'on lui fait subir. Son attention est bonne et elle comprend très rapidement ce qu'on lui demande.

Pour les tests de raisonnement, de jugement et de mémoire, elle obtient une note correspondant à 10 ans 1/2.

Les tests d'imagination et ceux qui font appel aux connaissances scolaires sont faits correctement jusqu'à 9 ans.

Les tests d'attention sont corrects jusqu'à 8 ou 9 ans.

En résumé, H. montre une légère avance (un an environ) sur les enfants de son âge.

3° Résultats scolaires :

Très bonne élève attentive, appliquée, saisissant très rapidement.

Apprend très vite et retient bien.

Est actuellement en classe avec des enfants de 10 ans environ.

4° Caractère :

Enfant facile à diriger, ne présentant pas de troubles du caractère.

IV. CONCLUSION.

E... (H.) est une enfant à peu près normale. Elle ne présente pas de dispositions particulières très brillantes pour une matière spéciale.

C'est une bonne élève.

Il nous a paru intéressant de donner son observation avec celle de son frère. L'un et l'autre à peu près indemnes au point de vue cérébral dystrophique et au point de vue des tares physiques, tandis qu'entre eux se place un hérédo-syphilitique net, frappé d'un retard intellectuel important.

OBSERVATION IX

(Observation XVII de la thèse du Docteur MALE.)

D... (J.), 6 ans.

Troubles du caractère. Irritabilité.

Aucun trouble de l'intelligence : *enfant bien doué*.

Hérédo-syphilis probable : dystrophie.

Grand-mère maternelle : trois fausses couches.

L'enfant a été très amélioré par le traitement.

Conclusion. — Il s'agit non pas d'un fils de P.G., mais d'un hérédo-syphilitique qui présente des troubles du caractère.

OBSERVATION X

(Publiée par MM. DROUET et HAMEL
dans *l'Hérédo-syphilis mentale.*)

Mlle K... (Irène), 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Père décédé de P.G. Mère normale.

Antécédents collatéraux. — Une sœur 7 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme. Ictère des nouveau-nés.

Entérite pendant un an, puis bonne santé.

Croissance rapide. A 14 ans, poids, 70 kilos; taille, 1 m. 60.

Intelligence rare. Certificat d'études, 1^{re}, à 10 ans. Raisonnement et jugement de femme. Bon caractère, mais très autoritaire : donne des ordres à sa mère.

En mars 1928, dépression subite, physique et psychique à la suite d'un enrouement sans fièvre.

Perte de l'appétit, amaigrissement rapide (23 kilos en sept mois). Insomnies. Idées de suicide. Manifestations pithiatiques.

B.-W. négatif.

Constante uréo-sécrétoire bonne (0,072), mais rapport azotémique mauvais 27,5 p. 100.

Traitement psychothérapique. Opothérapie hépatique, puis traitement spécifique (Arsaminol).

Guérison en trois mois, avec retour à la normale du rapport azotémique.

Conclusion. — Précocité, intelligence nettement au-dessus de la normale. Exagération de la personnalité.

CHAPITRE III

Avant de tirer les conclusions qui découlent de l'ensemble de nos observations, nous voulons mettre au point un certain nombre de questions.

1° Après un examen critique sérieux, ces enfants dits « précoces » et considérés comme « bien doués » méritent-ils réellement cette réputation ?

Dans chacune de nos observations, nous avons exposé les faits tels qu'ils s'étaient présentés à nous. Actuellement, il nous est possible de mettre en valeur les points communs à la plupart. Et, pour avoir un point de comparaison, en face des grandes dates de l'évolution intellectuelle chez les enfants, nous placerons celles qui ont été indiquées comme normales dans les *Principes de neuro-psychiatrie infantile* par le Docteur HEUYER, dont la compétence sur ce sujet est incontestable.

La plupart de nos enfants ont parlé vers 9 à 10 mois, ils ont été propres le plus souvent avant leur année, tandis que HEUYER donne des moyennes de 12 à 15 mois pour les mots adaptés et 15 mois pour la propreté.

Les manifestations du jugement et du raisonnement ont été très précoces chez la plupart.

Nous pensons donc que, sans contestation, ces enfants peuvent être considérés comme précoces.

D'autre part, ils sont tous bien doués, puisque, dès les premières manifestations scolaires, ils se classent dans les premiers et acquièrent une avance de un à deux ans sur les autres enfants du même âge.

2° Avons-nous le droit de faire de ces « bien-doués » une classe à part? Et ne devons-nous pas, tout simplement, les laisser confondus avec la grande classe des « Gifted children », dont TERMANN et ses collaborateurs américains ont fait une étude particulièrement intéressante par le nombre des sujets examinés (1.000 enfants) et par le temps pendant lequel ils les ont suivis?

Un certain nombre de points importants séparent nos enfants « bien doués » des « Gifted children » des Américains.

Les « Gifted children » américains sont remarquables par le fait que chez eux les développements physique et mental sont parallèles. Ils sont les premiers par le corps comme par l'intelligence et par le caractère, ils sont tous les enfants de parents bien portants et exempts de tares.

Enfin, lorsque quelques années après le premier examen, on soumet les « Gifted children » à de nouvelles épreuves, on constate que :

a) Le groupe des « bien-doués » reste encore un groupe de sujets très supérieurs.

b) La supériorité des enfants qui, à l'âge scolaire, ont présenté des Q.I. ⁽¹⁾ très élevés, persiste dans les tests d'intelligence comme dans le rendement scolaire, dans les études secondaires et universitaires.

(1) Q. I. = coefficient intellectuel.

Or, en face de ce tableau, que pouvons-nous présenter?

a) Des enfants dont le développement physique est en général moyen ou au-dessous de la moyenne (sauf dans l'observation du Docteur HAMEL);

b) Des enfants dont les tares physiques et mentales sont peu marquées le plus souvent, mais incontestables cependant;

c) Des enfants dont les débuts ont été précoces et le développement rapide, mais qui, pour la plupart, sont rentrés dans l'ordre et dont la fragilité cérébrale ne peut être mise en doute.

3° Nous ne sommes pas davantage tenté de rapprocher ces enfants « bien doués » des « enfants prodiges » chez qui Franziska BAUMGARTNER retrouve une exaltation des facultés déjà existantes chez les parents.

En effet, dans nos observations, nous avons chaque fois signalé que l'influence de la famille ou les facultés intellectuelles des parents ne pouvaient être invoquées à la base de la précocité ou du développement intellectuel rapide des enfants.

Nous pensons donc être en droit de tirer les quelques conclusions suivantes, qui découlent directement de nos observations :

1° Un certain nombre d'enfants de P.G. apparaissent comme normaux ou même se classent dans les « bien-doués ».

2° Ces enfants « bien doués » ne semblent pas avoir échappé à l'hérédité, et l'on trouve chez eux des stigmates d'hérédo-syphilis soit physique, soit mentale.

3° Les enfants « bien doués », fils de P.G., se caractérisent surtout par la précocité intellectuelle et une viva-

cité d'esprit qui leur permet un développement intellectuel rapide.

4   Cette suractivité cérébrale semble devoir se limiter aux premières années de l'existence, et vers 10 ou 12 ans, ces enfants, le plus souvent, ne se distinguent plus de leurs camarades du même âge.

5   Ces enfants ne sont pas des « bien-doués » harmoniques, ils présentent des aptitudes particulières assez brillantes, notamment pour l'arithmétique et les mathématiques, voisinant avec des points faibles, et en particulier avec une insuffisance en orthographe et en connaissance de la langue.

6   Leur développement physique est le plus souvent moyen ou au-d  sous de leur âge.

Après nous être efforcé d'établir les caractères distinctifs qui permettent de faire des enfants « bien doués » fils de P.G. une classe autonome dans la grande famille des « bien-doués », nous avons l'intention de rechercher les différents facteurs qui en sont la cause, et, si possible, d'attribuer à chacun la place qui lui revient.

Deux facteurs particulièrement doivent retenir notre attention :

a) l'hérédité névro-psychopathique;

b) l'hérédo-syphilis.

Pendant longtemps, l'idée d'un terrain névropathique nécessaire à l'éclosion de la P.G. a été combattue et repoussée. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui après les nombreuses observations cliniques apportées à l'appui de cette thèse :

En 1912, Gonzalo LAFORA signale un cas de P.G. héréditaire chez un sujet dont père et mère sont P.G.

En 1926, AUBRY et CORNIL établissent, dans un article aux *Annales de psychologie*, l'existence d'un terrain héréditaire.

D'autre part, l'existence du terrain névro-psychopathique chez les descendants des P.G. est établi aussi par de nombreuses observations.

« Certains psychiatres étrangers, et particulièrement le Russe TOPARKOFF, considèrent qu'il existe une hérédo-syphilis neurotrope, préparant ou engendrant, par une infection du germe et une abiotrophie hérédo-spécifique, une démence précoce particulière chez les descendants de P.G. A. MARIE partage pleinement cette opinion, et il apparente certains cas de schizophrénie et de débilité congénitale avec la P.G. infantile » (Thèse de COURTIER.)

En 1925, Paul SCHIFF, à la Société clinique de médecine mentale, présente une P.G. héréditaire juvénile chez une fille de P.G.

En 1926, A. MARIE publie encore les observations de deux déments précoces et d'un P.G. de 14 ans, tous trois fils de P.G.

En 1929, A. MARIE : 3 cas de démence précoce dans la descendance des P.G.

En 1929, MARCHAND et MARÉCHAL : démence précoce chez une fille de P.G.

Si, d'autre part, nous nous reportons aux études d'ensemble sur la descendance des P.G., nous constatons que les conséquences pour la descendance sont beaucoup plus d'ordre neurologique et mental que dans les autres

cas de syphilis héréditaire. Chez certains des enfants que nous avons étudiés, nous n'avons trouvé que des stigmates d'hérédo-syphilis assez peu marqués, peu de stigmates polyglandulaires, comme si la syphilis s'était contentée de signaler son passage par quelques déformations dentaires ou par de petits signes discrets.

Au contraire, chez presque tous, en plus de la précocité intellectuelle, nous avons trouvé un manque d'harmonie et d'équilibre mental : dispositions brillantes sur certains points, voisinant avec des insuffisances et des lacunes.

Enfin, nous avons relevé d'une façon assez générale des troubles du caractère, qui semblent appartenir à l'hérédité névropathique et à l'hérédo-syphilis. Cependant, on ne peut s'empêcher de penser que les modifications du caractère, et surtout les tendances irritables, constituent un symptôme constant des lésions cérébrales de toute nature, chez l'enfant comme chez l'adulte, à la suite d'une encéphalite du premier âge, comme à la suite d'un accident d'artério-sclérose. Aussi il n'est pas interdit d'émettre l'hypothèse que les modifications du caractère des enfants de P.G. peuvent être l'expression d'un processus inflammatoire passager et discret, qui, dans deux de nos observations, s'est manifesté par de l'épilepsie.

La même cause pourrait aussi intervenir pour provoquer une suractivité cérébrale transitoire qui déterminerait la précocité.

A l'appui de cette explication hypothétique, se place un fait clinique bien connu, à savoir, l'excitation psychique modérée d'aspect brillant et productif qui survient

chez certains paralytiques généraux avant l'apparition des symptômes démentiels.

Le même fait a été signalé dans des cas de paralysie générale infantile, en particulier dans une observation de RÉGIS.

Et d'ailleurs peut-être est-il tout à fait inutile d'essayer de départager l'hérédité syphilitique et l'hérédité névro-psychopathique puisque celle-ci résulte fréquemment de la première, la syphilis demeurant une des causes fréquentes de la dégénérescence. De plus, la P.G. des parents paraît être assez souvent une syphilis binaire dans laquelle s'accumulent l'hérédo-spécificité et une contamination personnelle.

CONCLUSIONS

L'étude précédente nous permet, en guise de conclusions, d'aborder avec plus de facilité la question importante du pronostic et de la conduite à tenir en face de ces états.

Ces enfants, que nous voyons au départ ou au début de la vie intellectuelle, que vont-ils devenir ?

Vont-ils, conservant cette sorte de mouvement accéléré adopté au départ, poursuivre des études brillantes ? Nos observations ne nous donnent pas le droit de l'espérer, du moins de façon habituelle.

Au contraire, le ralentissement noté chez certains vers la dixième année doit-il nous faire craindre les débuts d'une évolution qui, chez plusieurs enfants de P.G., s'est traduite en définitive par une P.G.P. juvénile ou par une démence précoce ?

Nous ne le croyons pas. En effet, les enfants examinés ne présentent que des troubles peu profonds du caractère, et, dans l'ensemble, leur état physique et mental est actuellement assez rassurant, sauf peut-être, pour la petite C... (obs. III), chez qui persistent quelques accidents du type comitial.

Toutefois, une surveillance étroite et un traitement antisyphilitique et endocrinien seront nécessaires pour tous. En effet, il faut penser que ces enfants vont être

tous en butté d'abord à la seconde des grandes crises de croissance vers 14 ou 15 ans.

Ensuite, il leur faudra doubler le cap des examens, des concours, du service militaire, du mariage, autant d'obstacles à franchir à l'occasion desquels une catastrophe pourrait survenir. Combien sont partis brillants, tel le Silbermann de J. de LACRETELLE, qui ont fini lamentablement à l'asile ou à la maison de santé, après avoir été reçus dans les premiers aux concours les plus difficiles.

« Bien doué » ou non, le fils de P.G. appartient à la grande famille névropathique. Au-dessus de lui est suspendue, comme une épée de Damoclès, la double hérédité névro-psychopathique et syphilitique.

Le médecin a le devoir de s'intéresser au bien-doué comme aux autres; je dirai même plus qu'aux autres, parce que cet enfant, qui attire les regards sur lui par sa précocité, c'est un matériel humain plus fragile, mais aussi précieux que les autres.

Le médecin devra donc guider les familles et les maîtres, refréner surtout les tendances à demander, à cet être fragile qui paraît plein de promesses, des efforts supplémentaires qui aboutiraient à un surmenage néfaste. Il devra imposer les ménagements et, au besoin, le repos nécessaires.

Dans ce but, le médecin de famille, le médecin inspecteur scolaire, les médecins de dispensaire, de centre de prophylaxie et de malariathérapie, doivent demeurer en liaison et conjuguer leurs efforts. Tout contact médical avec un paralytique, et de façon générale avec un individu atteint de syphilis, doit tendre à traiter, non pas

seulement le sujet lui-même, mais encore son conjoint et sa descendance.

En traitant l'enfant bien doué dès le début, et en l'aidant à lutter contre les hérédités qui le menacent, nous avons le droit d'espérer que ses facultés qui s'avèrent brillantes prendront le dessus et seront fécondes. Et nous dirons avec Mauriac :

« Le comble de l'art, c'est d'obtenir que ce penchant morbide et dont tu risquais de mourir, contenu, dissocié, te serve au contraire, décuple ta puissance de vie. »

Vu :

Nancy, le 20 décembre 1933.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SPILLMANN.

Vu :

Nancy, le 20 décembre 1933.

LE DOYEN,
SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 23 décembre 1933.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY et CORNIL. — Hérité et P.G. *Annales de psychologie*, 1926.
- BABONNEIX. — La descendance des sujets atteints de tabes. *La médecine*, n° 2, février 1929.
- BAUMGARTNER (Franziska). — Etudes psychologiques. Enfants prodiges, *Wander Kinder*, 1930.
- BEAUSSART et A. MARIE. — P.G. conjugale; ascendance et descendance des P.G. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*, 3 septembre 1910.
- BECHET. — Descendance des P.G. Thèse de Paris, 1897.
- BERNADOU et A. MARIE. — P.G. conjugale; ascendance et descendance des P.G. *Clinique*, Paris, 1911.
- BINET-SIMON. — Les enfants anormaux.
- BONCOURT. — *Journal médical français*, juin 1923.
- BONNEAU. — Thèse de Lyon, 1909.
- CARLES (de Lyon). — Nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. *Presse médicale*, 24 avril 1920.
- COLLIN (André). — *Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1914.
- COQUERELLE. — P.G. juvénile et hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1922.
- COURTIER. — Thèse de Nancy; 1929.
- DAUDET (Léon). — L'hérédo.
— Le monde des images.
— Devant la douleur.
- DECROLY. — 1° Quelques notions générales sur l'évolution affective chez l'enfant; 2° Examen affectif en général et chez l'enfant en particulier; 3° Dépistage et examen des enfants exceptionnels. *Bulletin international de la protection de l'enfance*, 1926.

- DECROLY et WANTHIER. — Contribution à l'étude des enfants bien doués. *Année psychologique*, 1930.
- DECAMPS et VERMEYLEN. — Congrès international de neurologie et de psychiatrie, 1929.
- DROUET et HAMEL. — L'hérédô-syphilis mentale.
- FOURNIER (Ed.). — 1° Recherche et diagnostic de l'hérédô-syphilis tardive. Masson, Paris, 1907.
- 2° Stigmates de l'hérédô-syphilis, 1911.
- 3° Hérédô-syphilis de l'adulte.
- GENIL-PERRIN. — Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.
- GOWAERTS. — L'hérédité, son rôle dans l'éducation.
- GRENET. — Sur quelques aspects de la syphilis héréditaire. *Monde médical*, 1922.
- HAMEL et DROUET. — Hérédô-syphilis mentale, 1930.
- HAMEL et LOPEZ ALBO. — Congrès international de neurologie et de psychiatrie, Barcelone, 1929.
- HEUYER. — 1° Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Thèse de Paris, 1913.
- 2° Quelques recherches étiologiques en neuro-psychiatrie infantile. *Hygiène mentale*, 1928.
- 3° Principes de neuro-psychiatrie infantile. *Hygiène mentale*, 1931.
- HEUYER et GOURIOU. — Troubles du caractère dans la psychiatrie infantile scolaire. *Journal médical français*, juin 1929.
- HIGGINS. — Hérédô-syphilis et troubles mentaux. *Journal of medical sciences*, 1918.
- HUTINEL. — Le terrain hérédô-syphilitique.
- HUTINEL et STEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophies. *Archives de médecine infantile*, 1920.
- JULLIEN. — Hérédô-syphilis; descendance des hérédô-syphilitiques. Thèse de Paris, 1901.
- LAFORA (Gonzalo R.). — *Revista clinica de Madrid*, sept., oct. 1912.
- LARMINAT. (De). — Crises de colère et hérédô-syphilis. *Progress médical*, 1928.
- LEGH. — Hérédô-syphilis et intelligence. *Gazette médicale de Paris*, 1916.

- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. Thèse de Paris.
- LEVADITI et MARIE. — Le tréponème de la P. G. *Académie des sciences*, 2 juin 1914.
- LONG LANDRY. — Société de neurologie, 3 mars 1921.
- MALE. — 1° Contribution à l'étude du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance. Thèse de Paris, 1927.
- 2° Genèse des troubles du caractère chez l'enfant. *Evolution psychiatrique*, n° 3.
- MARCHAND. — Considérations pathogéniques sur la P.G. *Presse médicale*, 31 août 1921.
- MARCHAND et MARÉCHAL. — Société clinique de la médecine mentale du 18 février 1929.
- MARIE (A.). — 1° Société de psychiatrie de Paris, janvier 1926.
- 2° Société clinique de médecine mentale, 19 mars 1928.
- 3° Société de psychiatrie de Paris, 21 février 1929.
- 4° Voir BERNADOU.
- 5° Voir BEAUSSART.
- MARIE (A.) et VALENCE. — Société de psychiatrie, 30 mai 1926.
- PERRIN et SPILLMANN. — Descendance des tabétiques et des P. G. *Province médicale*, 4 décembre 1909.
- RICARD. — Descendance des P.G. Thèse de Paris, 1904.
- ROBIN (Gilbert). — 1° L'enfant sans défaut.
- 2° L'enfant paresseux.
- 3° Les distractions de l'enfant.
- 4° L'épilepsie chez l'enfant.
- SANGUINETTI. — Allures cliniques de la syphilis et descendance des P.G. Thèse de Paris, 1917.
- SÉZARY. — Pathogénie de la P.G. *Revue neurologique*, 1921.
- SIGOT. — Hérédité similaire dans la P.G. Thèse de Montpellier, 1909.
- TERMANN. — Genetic studies of genius. Tomes I, II, III.
- TIXIER. — Rapport sur la syphilis héréditaire. Paris, octobre 1925.
- TOULOUSE. — Les surnormaux. *Progrès médical*, 25 janvier 1930.
- VERMEYLEN. — 1° Psychologie de l'enfant et de l'adolescent.
- 2° Les débiles mentaux. Lamartin, Bruxelles.

VERMEYLEN et DESCAMPS. — Voir DESCAMPS.

WAHL. — Etude de la descendance des P.G. Thèse de Paris, 1898.

WAUTHIER et DECROLY. — Voir DECROLY.

WIDLOCHER. — Descendance des P.G. Thèse de Paris, 1926.

WIMMER (A.). — Transmission héréditaire des maladies mentales. *Encéphale*, 1922.

